

VEJLEDNING TIL DCCG KMS-SKEMA 2019

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	1
Basissekema.....	1
Basisdata.....	1
Fund ved c. recti	3
Klinisk TNM Klassifikation.....	4
Operationssekemaet	6
Basisoplysninger om operationen	6
Resektion af tumorbærende tarmsegment.....	7
Kun aflastende procedure	11
Endoskopisk lokalresektion ekskl. TES.....	11
Transanal endoskopisk resektion (TES)	11
Planlagt operation ikke gennemført.....	12
Postoperative komplikationer	13

Basisskema

Basisdata

Cancertype

Patienter med tyk- og endetarmskræft skal registreres i databasen. Patienter med registreret primær kræft i analkanal (DC211), inklusive patienter med primært adenokarcinom i analkanal, eller primær kræft i blindtarmen (DC181) skal ikke registreres i databasen. Dog skal patienter med adenokarcinom i kolon eller rektum, med tilfældigt fund af en synkron tumor i appendiks også registreres.

Endetarmskræft defineres som en cancer med anale rand lokaliseret inden for 15 cm over ydre analåbning bedømt ved rektoskopi med stift skop.

Følgende patienter skal registreres i databasen:

- Patienter med 1. gangs tilfælde af tyk- eller endetarmskræft efter 1.1.2001
- Patienter behandlet på en kirurgisk afdeling på et offentligt sygehus
- Patienter med dansk personnummer
- Patienter > 18 år gamle
- Patienter med adenokarcinom

Patienter med følgende typer af adenokarcinom, som fremgår af patologisvarene, indgår i databasen:

- Adenokarcinom
- Lavt differentieret adenokarcinom
- Mucinøst adenokarcinom
- Signetringscelle karcinom
- Medullært karcinom
- Udifferentieret karcinom

Patienter med følgende typer af cancer skal **ikke** registreres i databasen

- Neuroendokrin tumor (NET G1, G2 eller G3)
- Neuroendokrint karcinom (NEC G3)
- Blandet neuroendokrin non-neuroendokrin tumor (MiNEN)(tidligere MANEC)
- Gobletcelle karcinoid
- Planocellulært karcinom
- Metastaser til kolon eller rektum
- Direkte indvækst i kolon/rektum fra en anden cancersygdom

Synkrone tumorer

Vælg 'Ja', hvis der ud over indekstumoren også findes en eller flere synkrone adenokarcinomer i tyk- og/eller endetarmen på diagnosetidspunktet eller i cancerincidensperioden, som er diagnosetidspunktet plus 4 måneder.

Hvis patienter har flere synkrone tumorer i tyk- eller endetarmen, registreres den "væsentligste" cancertype. Typisk har rektumcancer "højere" prioritet end koloncancer, men ved vurderingen af hvilken tumor der er den væsentligste, skal man tage pT- og pN-kategorien med i betragtning. En pT4 tumor i kolon, er således "mere" væsentlig end en pT1 tumor i rektum. Dog vægtes pN+ højere end T-kategorien. Hvis der kunne foreligge en klinisk TNM-klassifikation tages udelukkende udgangspunkt i den kliniske T-kategori.

Diagnosedato

Diagnosedatoen defineres forskelligt afhængigt af den kliniske kontekst. Det primære grundlag er biopsisvardatoen ved histologisk verifikation af cancersygdommen. Ved histologisk verifikation forstås patologisvar med en utvetydig cancerdiagnose, det vil sige, at OBS PRO eller high grade neoplasi diagnoser ikke kan anvendes.

Ved histologisk verificeret sygdom på diagnose-tidspunktet

Ved biopsiverificeret cancer (= verifikation af adenokarcinom ved biopsi af enten en tumor i tyk- eller endetarmen eller fra en metastase) er:

Diagnosedatoen = dato for 1. biopsisvar (tilgængelig i Patobank)

Hvis biopsien tages i forbindelse med den endelige operative procedure, som f.eks. anlæggelse af en stent, er:

Diagnosedatoen = operationsdatoen

Ved endoskopisk lokalresektion med uventet fund af adenokarcinom, hvor lokalresektionen efterfølges af resektion (completion surgery) af det relevante tarmsegment inden for 120 dage:

Diagnosedatoen = dato for 1. patologisvar

Ved endoskopisk lokalresektion med uventet fund af adenokarcinom, hvor lokalresektionen bliver den definitive behandling:

Diagnosedato = dato for polypektomi (= operationsdato)

Ved ikkebiopsiverificeret cancer (inkl. ved ikke-diagnostiske biopsier):

Hvis operation uden erkendt malign sygdom (f.eks. sigmoideumresektion på baggrund af divertikler, anlagt stent som bridge-to-surgery eller anden præoperativ aflastende procedure):

Diagnosedato = operations-/stentdato

Ved en ikkediagnostisk biopsi (f.eks. en biopsi med high grade neoplasi).

Diagnosedato = dato hvor patienten informeres om sin sygdom alternativt dato for behandlings-besluttende MDT-konference.

Hvis ikke operation:

Diagnosedato = dato hvor patienten informeres om sin sygdom

Behandlingsbesluttende MDT konference afholdt

En MDT konference er en behandlingsbesluttende multidisciplinær konference på diagnosetidspunktet og før den første behandling, med deltagelse af speciallæger fra følgende specialer: Kirurgi, onkologi, radiologi og patologi.

Angiv 'Ja' hvis der har været afholdt en behandlingsbesluttende MDT konference på diagnosetidspunktet og før den første behandling.

Ved endoskopisk lokalresektion med uventet fund af adenokarcinom, hvor der først afholdes behandlingsbesluttende MDT efter at patologisvaret foreligger, registreres også 'Ja' under forudsætning, at man ved MDT konferencen har besluttet hvilken behandlingsstrategi, der videre skal anbefales til patienten.

Operativt indgreb foretaget/planlagt

Angiv 'Ja' hvis man primært beslutter sig for operation, som eventuelt skal foretages efter metastasebehandling og/eller neoadjuverende behandling eller downsizing/-staging. Angiv også 'Ja' hvis denne primære behandlingsstrategi ikke ender med resektion.

Hvis den primære beslutning ikke omfatter operation af den primære tarmkræft, skal en eventuel senere operation ikke registreres i databasen.

Hvis der er foretaget endoskopisk lokalresektion, registreres også 'Ja' til, at der er foretaget en operation/operativt indgreb.

Aktuelle vægt (kg)

Patientens aktuelle vægt angives i kg uden decimal. Kendes vægten ikke, registreres '999'.

Højde (cm)

Patientens højde angives i cm uden decimal. Kendes vægten ikke, registreres '999'.

Tobaksrygning

Angiv patientens tobaksforbrug.

Alkohol forbrug (antal genstande/uge)

Angiv patientens alkoholforbrug.

Tarmkræft hos en eller flere 1. grads slægtninge

En 1. grads slægtning er enten 1) en biologisk forælder, 2) en søskende eller 3) et barn.

ASA score

- **ASA 1** rask (men med tarmkræft!)
- **ASA 2** let systemisk sygdom som ikke er aktivitetsbegrænsende
- **ASA 3** Svær systemisk sygdom som er aktivitetsbegrænsende
- **ASA 4** Livstruende svær systemisk sygdom
- **ASA 5** Døende patient som ikke forventes at overleve 24 med eller uden operation

WHO Performance

- **Performance status 0:** Fuldt aktiv, ingen indskrænkninger.
- **Performance status 1:** Begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men oppegående og kan klare ambulatoriebesøg, let husarbejde og kontorarbejde.
- **Performance status 2:** Oppegående og kan klare sig selv, men er ude af stand til at udføre noget som helst arbejde. Oppe og aktiv > 50% af dagtiden.
- **Performance status 3:** I stand til at udføre den nødvendige selvpleje, behov for hvile i seng eller siddende > 50% af dagtiden.
- **Performance status 4:** Behov for døgn dækkende pleje, kan intet klare.

Fund ved c. recti

Afstand fra tumors nedre kant til ydre analåbning i cm (målt med stift rektoskop)

Skal kun angives ved c. recti. Er afstanden fra ydre analåbning til tumors anale kant målt med stift rektoskop. Afstanden angives i cm uden decimal. Angiv '99' hvis afstanden er ukendt.

MR af bækkenet/rektum udført (før behandling)?

Angiv om der som led i den primære udredning er foretaget MR af bækkenet mhp. tumorstaging af patientens rektumtumor før evt. neoadjuverende behandling. Skal udfyldes selvom MR scanningen er foretaget på et fremmed sygehus.

Transrektal ultralydsscanning udført (før behandling)

Angiv, om der i forbindelse med den primære udredning ved c. recti er udført TRUS mhp. T-kategorisering af tumoren.

Afstand fra tumors nedre kant til ydre anal åbning ved MR (cm)

Er afstanden i cm målt fra ydre analåbning til tumor. Hvis ukendt angives 999

Afstand fra tumors nedre kant til bækkenbunden (cm)

Er afstanden i cm fra tumors nedre kant til bækkenbunden (hvor mesorektum ophører). Skal kun registreres hvis afstanden fra tumors nedre kant til ydre anal åbning ved MR er større end 10 cm.

Korteste afstand mellem tumor og den mesorektale fascie (mm)

Mindste afstand fra et sted hvor tumor gennemvokser muscularis propria og til mesorektale fascie/levator. Angives i mm.

Radiologiske tumor deposits (TD) påvist i mesorektum

Et radiologiske tumordeposit (TD) er ethvert radiologisk malignitetssuspekt fokus i mesorektum. Et radiologisk TD kan være en lymfeknudemetastase, veneinvasion eller et andet uklassificerbart suspekt fokus.

Korteste afstand fra et radiologisk TD til den mesorektale fascie (mm)

Hvis der er påvist et radiologisk TD skal afstanden fra dette TD til den mesorektale fascie bestemmes og registreres i databasen. '99' angiver, at målet er ukendt.

Klinisk TNM Klassifikation

Klinisk T-kategori

Angiv den kliniske T-kategori på diagnose-tidspunktet. Der henvises til den kliniske vejledning om TNM-klassifikationen, for en detaljeret gennemgang af emnet.

Hvis man er i tvivl om kategorien, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge den nærmeste underliggende kategori. Er man f.eks. i tvivl om der er indvækst i bugvæggen (T4b), vælges T3.

Foreligger der en situation, hvor der er fjernet en polyp med cancer, uden synlige forandringer ved en efterfølgende endoskopisk og billeddiagnostisk undersøgelse, er kategorien givet ved den pato-anatomiske undersøgelse præparatet.

Hvis man ikke har kunnet påvise tumor ved de billeddiagnostiske undersøgelser ved en biopsiverificeret cancer, vælges udfaldet T1. Anvendelsen af T0 i den situation er ikke tilladt. T0 kan kun anvendes ved biopsiverificeret dissemineret sygdom med sandsynligt udgangspunkt i kolon/rektum, hvor der ikke er tegn på en primær tumor i kolon/rektum

Ved MR-scanning af en tumor i rektum kan man typisk ikke skelne mellem T1 og T2, hvorfor man ikke bør angive T2 i denne situation, men kun T1. Man bør typisk kun anvende T2 ved rektumcancer, hvis der er udført TRUS, som kan skelne mellem T1 og T2, eller hvis man er i tvivl om gennemvækst af muscularis propria eller ej.

Klinisk nedvækstdybde

Anfør nedvækstdybden i mm ved tumorvækst profund for muscularis propria. Nedvækstdybden skal kun angives ved klinisk T3/T4. Kendes dybden ikke, så indtastes værdien '99'

Klinisk N-kategori

Angiv den kliniske T-kategori på diagnose-tidspunktet. Der henvises til vejledningen om TNM-

klassifikationen, for en detaljeret gennemgang af emnet.

Hvis man er i tvivl om kategorien, som man typisk må være, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge den næste underliggende kategori. Man kan ikke anvende størrelsen som eneste kriterium for cN+.

Klinisk M-kategori

Angiv om der er fundet metastaser på diagnosetidspunktet. I givet fald skal man angive lokaliseringen.

Hvis man er i tvivl om kategorien, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge den næste underliggende kategori. Er man i tvivl om der

foreligger dissemineret sygdom eller ej, vælger man derfor M0 og ikke M1. Beslutter man at supplere undersøgelserne mhp at af-eller bekræfte en mistanke om metastase, er M-kategorien M0 indtil det modsatte er bekræftet. Man skal ikke angive 'M-kategori ikke vurderet' indtil de supplerende undersøgelser er udført. Ser man et uspecifikt lungeinfiltrat på diagnosetidspunktet, som man vælger at kontrollere efter 3 måneder, foreligger der M0. Hvis der indenfor cancerincidensperioden findes dissemineret sygdom, må man evt. korrigere registreringen i basisskemaet (hvis der ikke foretages operation) eller angive dette i komplikationsregistreringsskemaet, hvis der er foretaget operation.

Operationsskemaet

Basisoplysninger om operationen

Operativ procedurekategori

Feltet skal kun udfyldes, hvis man i basisskemaet har angivet 'Ja' til operativt indgreb foretaget/planlagt.

Formålet med denne registrering er primært at styre det videre flow i skemaet. Der er følgende valgmuligheder:

- Resektion af det tumorbærende tarmsegment
- Anden/aflastende procedure
- Endoskopisk lokalresektion ekskl. TES
- Transanal endoskopisk resektion (TES)
- Planlagt operation ikke gennemført

Ved valget af procedurekategori, skal man tage udgangspunkt i det definitive kirurgiske indgreb. Hvis det definitive indgreb er en lokalresektion vælges en af de valgmuligheder. Hvis der foretages en tarmresektion af et ikketumorbærende tarmsegment, som f.eks. en højresidig hemikolektomi på grund af truende perforation som følge af en stenoserende tumor i sigmoideum, vælges kategorien 'Anden/aflastende procedure'.

Udfaldet 'Planlagt operation ikke gennemført' er tiltænkt situationer, hvor en primær behandlingsplan involverende en operation, ændres af ikke nærmere specificerede årsager. Det kan f.eks. være en situation, hvor intentionen var operation efter onkologisk behandling eller metastasekirurgi, hvor sygdomsprogression medfører, at man afstår fra operation.

Operationsdato

Angiv datoen for hvor den primære tarmresektion, lokalresektion eller aflastende procedure er udført.

Prioritering

Der findes ingen officiel definition på akut og elektiv, og heller ikke databasens styregruppe har kunnet fastlægge en universel hensigtsmæssig definition. Det er derfor besluttet, at databasen kun accepterer en registrering af "akut" operation hvis

operationsindikationen er mistanke om enten ileus, perforation eller blødning. Operation i en "rolig" fase efter en aflastende procedure, som f.eks. stentning som bridge-to-surgery, skal registreres som elektiv prioritet. Årsagen til akut operation skal registreres.

Operativt sigte

Angiv det operative sigte med proceduren. Der er følgende muligheder:

- Kurativt sigte er med intentionen om makro- og mikroskopisk lokal radikal operation. Ved resection af det tumorbærende tarmsegment skal der foretages resection i overensstemmelse med DCCGs minimumskrav (resection af mesocolon svarende til D2).
- Palliativ sigte, hvis intentionen ikke er kurativ.
- 'Compromised resection' er en intenderet onkologisk ikke-optimal transanal endoskopisk lokalresektion eller resection af det tumorbærende tarmsegment, som f.eks. pga. svær komorbiditet ikke lever op til DCCGs minimumskrav (resection af mesocolon svarende til D2).

Operation udført af kolorektalkirurg

En operation, hvor enten operatør eller assistent er certificeret kolorektalkirurg i henhold til kravene fra Dansk Kirurgisk Selskab (DKS).

Operatør/assistent

Det er muligt (men er ikke et krav) i KMS skemaet at registrere operatør og assistent. Dette kan kun anvendes til lokale kvalitetsmæssige formål, men fordi registreringen indgår i datasættet, der leveres til Sundhedsdatastyrelsen og de regionale ledelsesinformationssystemer, anbefales det, at registrere med et ikkepersonhenførbart id.

Resektion af tumorbærende tarmsegment

Hæmoglobin på diagnosetidspunktet

Hæmoglobinværdien på diagnosetidspunktet

Hæmoglobin på operationstidspunktet

Hæmoglobinværdien på operationstidspunktet, defineret som sidst målte hæmoglobinværdi inden operationen.

Præoperativ jernbehandling

Registrer den type af præoperativ jernbehandling, der eventuelt er givet præoperativt.

Neoadjuverende behandling

Angiv typen af evt. præoperativ onkologisk behandling uanset hvilket sigte, som behandlingen er givet med.

Fornytt billeddiagnostik og MDT efter neoadjuverende behandling

Angiv, om der efter neoadjuverende onkologisk behandling, blev foretaget fornytt billeddiagnostik med henblik på behandlingsrespons OG afholdt MDT med drøftelse af den videre behandlingsstrategi.

Præoperativ metastasebehandling, kirurgisk og ikkekirurgisk

Angiv 'Ja' hvis der er udført metastasekirurgi og/eller for eksempel RFA behandling, før operationen for tarmkræft. Angiv om der foreligger behandling i lunger, lever eller i andre organer (flere krydsr).

Resektion udført som 'completion' resection efter tidligere endoskopisk lokalresection af adenokarcinom.

Angiv "Ja" hvis der mindre end 120 dage før tarmresection, er foretaget en endoskopisk lokalresection af en polyp med cancer. Er den endoskopiske lokalresection foretaget mere end 120 dage før en eventuel tarmresection, er det den primære endoskopiske procedure, som skal registreres i databasen. Undtaget for denne 120-dages regel er cases, hvor man primært har besluttet

denne behandlingsstrategi på grund af evt. metastasebehandling før resection.

Dato for primære endoskopiske lokalresection

Angiv datoen for den primære endoskopiske lokalresection, som førte til resection af det tumorbærende tarmsegment. Med den aktuelle definition af diagnosedatoen må denne dato godt ligge før diagnosedatoen.

Type af udført præoperativ endoskopisk lokalresection

Det anføres hvilken eller hvilke procedurer der er udført, og som førte til 'completion' resectionen.

Begrundelse for 'completion' resection

Den **vigtigste** kliniske begrundelse for, at man valgte 'completion' resection registreres. Manglende radikalitet inkl. manglende mulighed for at vurdere mikroradikalitet på grund af piecemeal teknik (piecemeal resection, piecemeal ESD, piecemeal EMR eller anden piecemeal procedure) vægter højere end eventuel forekomst af en eller flere patologirisikofaktorer.

En procedure er radikal, hvis der foreligger både klinisk makroradikalitet og patologisk mikroradikalitet. Hvorvidt der foreligger klinisk makroradikalitet, afgøres af den fagperson, der har udført den endoskopiske procedure, og bør fremgå af dokumentationen af denne procedure og af MDT-notatet.

Hvis der foreligger en radikal lokalresection **uden** samtidigt fund af patologirisikofaktorer i henhold til de kliniske retningslinjer, vælges 'Anden begrundelse inkl. patientønske' som begrundelse.

Aflastende procedure før definitiv operation

Angiv om der er foretaget en aflastende procedure før den endelige operation. 'Stent' er stentanlæggelse som bridge-to-surgery. Stent som definitiv behandling registreres under procedurekategorien 'Anden /aflastende procedure'. Ved 'damage' kontrol forstås tidlig afslutning af

operation hos ustabil patient, med planlagt definitiv procedure senere jævnfør DCCG retningslinjer.

Dato for stentanlæggelse/aflastende indgreb

Udfyld datoen for den aflastende procedure, der er udført før resektionen.

Præoperativ udrensning

Angiv, om der er foretaget præoperativ udrensning og hvilken:

Peroral er den udtømningsform, som på engelsk betegnes "oral mechanical bowel preparation". Peroral udtømning er osmotisk virkende eller peristaltikfremmende udtømning med højt væskeindtag, som f.eks. Moviprep eller Picoprep.

Rektal udtømning er klyx, klyksma eller lavement.

Udført procedure

Angiv den definitive kirurgiske procedure, der er udført. Indholdet på listen der vises er afhængig af valget af procedurekategori.

Hvis en primær CELS procedure må konverteres, registreres den procedure, som man konverterede til.

Præ- og intraoperativ antibiotikaproylaxse

Angiv, hvis der dagen før operation og/eller umiddelbart før operation, er givet antibiotikaproylaxse. Registreringen omhandler KUN antibiotika givet præ- og intraoperativt, uafhængigt af, om det eventuelt fortsætter postoperativt eller ej.

Operativ adgang

Angiv hvilken operativ adgang der var den primært intenderede adgang.

Hvis den udførte procedure var CELS, skal man ikke registrere operativ adgang. Hvis en primær CELS procedure må konverteres, registreres den procedure, som man konverterede til. Her skal man så registrere den adgang som blev anvendt.

Intenderet adgang konverteret til

Hvis operationen kunne gennemføres med den intenderede adgang, angives 'Ingen'. Hvis der er konverteret, angives til hvilken adgang der blev konverteret til. Ved konvertering forstås udvidelse af incisionen for at færdiggøre den intraabdominale dissektion med åben teknik.

Anvendt TaTME teknik ved resektion af endetarmen

Skal kun udfyldes ved c. recti. Angiv om man ved resektion af endetarm har anvendt TaTME teknik.

Operativt princip ved c. recti

Skal kun udfyldes ved c. recti, hvis tumorhøjden ved rektoskopi er >5 cm.

Nedtagning/mobilisering af venstre fleksur

Defineres som en komplet nedtagning af fleksuren, dvs. frigørelse af transversum og descendenskrøshen over Gerotas fascie, høj deling af v. mesenterica inferior lige under pancreas, deling af krøset fra pancreas underkant, deling af phrenico- og splenokoliske ligament, samt endelig deling af gastrokoliske ligament eller mobilisering af transversum under omentet.

Er der anlagt stomi (aktuelle operation)

Angiv om intentionen med stomianlæggelse ved aktuelle operation er midlertidig eller permanent, eller om der ikke er anlagt stomi.

Er der anlagt anastomose

Angiv om der er anlagt anastomose eller ej.

Anastomose foretaget

Angiv om anastomosen er foretaget intra- eller ekstrakorporalt.

Ved intrakorporal anastomose forstås en metode hvor alle delprocedurer foretages laparoskopisk uden at tarmen eksterioriseres. Dvs., tarmen og krøset mobiliseres, tarmen deles oralt og analt og alle delprocedurer i anastomoseringen foretages uden brug af laparotomi. Hyppigst kan denne metode anvendes ved højresidig hemikolektomi,

men også ved venstresidig side-to-side anastomose. Ved TaTME, hvor tarmen ekstraheres transanalt og anastomosen syes eller staples analt fra, betegnes anastomosen som intrakorporal. Ekstraheres tarm med tumor gennem abdominalincision med applicering af staplerhoved som ved almindelig low anterior betegnes anastomosen som ekstrakorporal.

Ved ekstrakorporal anastomose forstås alle øvrige anastomoser hvor laparotomi eller mini-laparotomi anvendes, f.eks. ved montering af staplerhoved ved cirkulært staplet anastomoser.

Anastomoseteknik

Håndsyet

Anastomosen foretaget håndsyet hvis selve anastomoselinjen er håndsyet uafhængigt af metode, suturmateriale og orientering.

Staplet anastomose

Selve anastomoselinjen foretages med cirkulær, lineær og/eller tværstapler. Ved f.eks. Barcelona kan indgangshullet evt. være håndsyet.

Anden

For eksempel kompressionsanastomoser eller magnetiske anastomoser.

Anastomoseorientering

End-to-end

Anastomose hvor tarmkontinuiteten reetableres i tarmens longitudinelle retning svarende til resektionskanterne.

Side-to-end

Herved forstås en kolorektal anastomose (Baker anastomose), hvor orale tarmben blindlukkes. Selve anastomoseringen foretages mellem tarmvæggen (side) på det orale tarmben og rektalstumpen (end).

End-to-side

Almindeligvis forstås en ileokolisk anastomose, hvor kolon blindlukkes og ileums resektionskant (end) anastomoseres til sidevæggen på kolon (side).

Side-to-side

Herved forstås en isoperistaltisk side-to-side anastomose, hvor de 2 resektionskanter blindlukkes, eller en side-to-side anastomose ved bypass procedurer.

Funktionel end-to-end

Almindeligvis en staplet anastomose, "Barcelona", hvor de 2 tarmben lægges side mod side med modsatrettet peristaltik. Med en inverterende lineær stapler anastomoseres sidevæggene på de 2 tarmben. Tværdelen lukkes sædvanligvis med en everterende lineær stapler, men kan også håndsyes.

Pouch

Tildannelsen af en pouch f.eks. S- J- eller W-konfiguration samt transversel koloplastik.

Anden

Øvrige anastomose konfigurationer.

Perforation af colon/rectum

Angiv om der er perforation af kolon eller rektum. Hvis der er perforation, angives om der er perforation i det tumorbærende segment (+/- 10 cm fra tumor) eller i et ikke-tumorbærende segment. Er der både perforation i det tumorbærende segment og i et ikke-tumorbærende segment, angives det, at perforationen er i det tumorbærende segment.

I henhold til patologien defineres en tumorperforation, som en perforation gennem tumor ud på enten den peritoneale overflade eller gennem den ikkeperitonealiserede resektionsflade.

Makroskopisk tumorindvækst i naboorgan/-struktur

Anfør 'Ja' hvis der som et peroperativt fund er set klinisk tumorindvækst i et naboorgan/-struktur. Indvæksten behøver ikke at være verificeret histologisk.

En bloc mutivisceral resektion

Anfør 'Ja' hvis man ved resektionen har medtaget naboorganer/-strukturer i præparatet. Det kræves, at det tumorbærende tarmsegment og de medresecerede strukturer er udtaget en bloc. Hvilke organer/strukturer det drejer sig om, registreres under punktet "Udført supplerende resektion".

Udført supplerende resektion

Anfør hvis der er udført supplerende resektion af et eller flere organer eller strukturer.

Makroradikal resektion

Det angives, om den resektionen var klinisk makroradikal eller ej.

Peroperativt fund af metastatisk sygdom

Angiv 'Ja' hvis der peroperativt er fundet peritoneale metastaser (tidligere betegnet karcinose), levermetastaser eller metastaser andetsteds (flere krydser). Peroperativ histologisk verifikation ("frys") er ikke nødvendig.

Peroperativ metastasebehandling

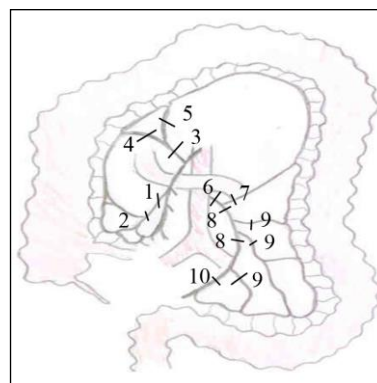
Angiv om der er udført peroperativ metastasebehandling og angiv eventuelt hvilken.

Peroperativt blodtab

Angiv blodtabet i ml.

Karligaturer

Angiv hvilke kar der er ligerede ifølge figuren.



Intraoperative læsioner

Angiv om der opstod intraoperative læsioner og angiv i givet fald hvilke organer eller strukturer der blev læderet.

Kun aflastende procedure

Udført procedure

Angiv den definitive kirurgiske procedure, der er udført. Indholdet på listen der vises er afhængig af valget af procedurekategori.

Hvis der er foretaget en tarmresektion af et ikketumorbærende tarmsegment, registreres dette som 'Anden aflastende procedure' uden angivelse af den specifikke procedure.

Årsag til kun anden/aflastende procedure.

Hvis procedurekategorien er 'Anden/aflastende procedure' skal man anføre den væsentligste kliniske begrundelse for denne beslutning. Valgmulighederne er patientønske, ikkeresektabel tumor, ikkeoperabel patient, dissemineret tarmkræft eller anden begrundelse.

Endoskopisk lokalresektion ekskl. TES

Polyppens endoskopiske størrelse i mm

Angiv polyppens største mål i mm bedømt ved endoskopi.

Polyppens endoskopiske udseende

Angiv polyppens endoskopiske udseende: Stillet, bredbaset, nonpolypoid, anden/blandet morfologi, ikke vurderet.

Udført procedure

Angiv den definitive kirurgiske procedure, der er udført. Indholdet på listen der vises er afhængig af valget af procedurekategori.

Makroradikal resektion

Det angives, om den endoskopiske lokalresektion var klinisk makroradikal eller ej.

Begrundelse for kun endoskopisk lokalresektion

Angiv den vigtigste årsag til beslutningen om, at den endoskopiske lokalresektion blev valgt som definitiv kirurgisk behandling.

Postoperative komplikationer

Komplikationsregistreringen ved endoskopisk lokalresektion er begrænset til et felt, hvor man kan angive 'ingen' eller en eller flere af de postoperative komplikationer, som forekommer. Der skal ikke ske en gradering af komplikationerne. Man kan vælge mellem følgende komplikationer:

- Ingen
- Ja, peroperativ perforation af tarm
- Ja, blødning som følge af endoskopi
- Postpolypektomisyndrom
- Urinretention
- Ja, anden kirurgisk komplikation
- Ja, medicinsk komplikation

Ad blødning: Som foranlediger re-skopi eller transfusion af blodkomponenter.

Ad postpolypektomisyndrom: Som foranlediger antibiotika behandling som minimum

Ad urinretention: Nytilkommen og som foranlediger udskrivelse med KAD

Ad medicinsk komplikation: som har terapeutiske konsekvenser

Transanal endoskopisk resektion (TES)

Udført procedure

Angiv den definitive kirurgiske procedure, der er udført. Indholdet på listen der vises er afhængig af valget af procedurekategori.

Makroradikal resektion

Det angives, om den endoskopiske lokalresektion var klinisk makroradikal eller ej.

Indikation for transanal endoskopisk lokalresektion (TES)

Angiv den **vigtigste** kliniske indikation for udførelse af TES-proceduren.

Præoperativ lokal stråleterapi ved malign indikation for TES

Angiv, om der forud for TES-proceduren blev givet præoperativ onkologisk behandling.

Begrundelse for kun transanal endoskopisk lokalresektion (TES)

Angiv begrundelsen for, at TES-proceduren blev valgt som definitiv kirurgisk behandling

Postoperative komplikationer

Komplikationsregistreringen ved endoskopisk lokalresektion er begrænset til et felt, hvor man kan angive 'ingen' eller en eller flere af de postoperative komplikationer, som forekommer. Der skal ikke ske en gradering af komplikationerne. Man kan vælge mellem følgende komplikationer:

- Ingen
- Ja, peroperativ perforation af tarm
- Ja, blødning som følge af endoskopi
- Postpolypektomisyndrom
- Urinretention
- Ja, anden kirurgisk komplikation
- Ja, medicinsk komplikation

Ad blødning: Som foranlediger re-skopi eller transfusion af blodkomponenter.

Ad postpolypektomisyndrom: Som foranlediger antibiotika behandling som minimum

Ad urinretention: Nytilkommen og som foranlediger udskrivelse med KAD

Ad medicinsk komplikation: som har terapeutiske konsekvenser

Planlagt operation ikke gennemført

Årsag til at planlagt operativt indgreb ikke blev gennemført

Hvis en planlagt operation/operativt indgreb ikke gennemføres som planlagt, anføres årsagen i dette felt.

Postoperative komplikationer

Behandlingskrævende kirurgisk komplikation ≤30 dage postoperativt

Angiv om der har været en behandlingskrævende postoperativ kirurgisk komplikation inden for 30 dage postoperativt, herunder også sårspaltning 'bedside'. Angiv også hvis der har været foretaget reoperation (laparoskopi eller laparotomi), på mistanke om komplikation uden at dette er befundet. Komplikationerne skal graderes am. Clavien

CLAVIEN GRADERING DEFINITION

Grad 1: Enhver afvigelse fra det normale postoperative forløb uden kirurgisk, endoskopisk, radiologisk eller farmakologisk intervention med undtagelse af væskebehandling, behandling med antiemetika, febernedsættende medicin, smertestillende medicin eller diuretika og fysioterapi. Omfatter sårspaltning bed-side og hjerteinsufficiens som udelukkende behandles med diuretika.

Grad 2: Medicinsk behandling inkl. blodtransfusion eller parenteral ernæring, men eksklusiv væskebehandling og behandling med antiemetika, febernedsættende medicin, smertestillende medicin eller diuretika

Grad 3a: Komplikation som er behandlet kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutan drænage) behandling uden narkose, men inkl. eventuel rus.

Grad 3b: Komplikation som er behandlet kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutan drænage) behandling i narkose ekskl. rus

Grad 4a: Livstruende komplikation (inkl. CNS) som krævede indlæggelse på en intensiv afdeling, med svigt af et organ (inkl. dialyse)

Grad 4b: Livstruende komplikation (inkl. CNS) som krævede indlæggelse på en intensiv afdeling med multiorgansvigt

Grad 5: Død

De enkelte komplikationer, der skal angives er som følger:

- Blødning
- Fascieruptur
- Ileus
- Sårabsces: Reoperation for sårabsces omfatter også mindre procedurer som sårspaltning henholdsvis ultralydsvejledt drænage.
- Intraabdominal absces: Reoperation for intraabdominal absces omfatter også mindre procedurer som ultralydsvejledt drænage. Anastomoserelaterede abscesser skal rubriceres som anastomoselækage.
- Stomikomplikation: Kirurgisk komplikation relateret til stomi, f.eks. nekrose, iskæmi, separation, striktur, hvis det foranlediger kirurgisk behandling. Således skal stort stomioutput ikke registreres som stomikomplikation.
- Anastomoselækage: Lækage defineres som kommunikation mellem det intra- og ekstraluminale rum, udgående fra en defekt i anastomoselinien. Dette inkluderer defekter i stapler eller suturlinier fra neorektale reservoirs. En anastomoserelateret ansamling eller abscess SKAL også rubriceres som anastomoselækage selvom kommunikation ikke kan/bliver fremstillet.
- Tarmiskæmi inkl. til- eller fraførende segment til anastomose (ekskl. Lækage)
- Anden kirurgisk komplikation.

Alle komplikationer skal udfyldes, dog vises kun komplikationer, der er relevante i forhold til valgte operative procedure og øvrig registrering i operationsskemaet.

Hvis anastomoselækage, angiv gradering af anastomoselækage

Hvis der har været anastomoselækage, skal graderingen af denne foretages:

Type A: Anastomoselæk, som ikke kræver aktiv terapeutisk behandling.

Type B: Anastomoselæk, som kræver aktiv terapeutisk behandling, men ikke re-laparotomi eller re-laparoskopi

Type C: Anastomoselæk, som kræver re-laparotomi/re-laparoskopi.

Aktiv terapeutisk behandling er enhver medicinsk, antibiotisk, endoskopisk eller kirurgisk intervention udført på indikationen anastomoselækage.

Hvis anastomoselækage, angiv dato for diagnose

Datoen er lig diagnosedato ved Grad A lækager, men er behandlingsdatoen for Grad B og C lækager.

Hvis anastomoselækage, angiv konsekvens

Angiv den kliniske behandlingsmæssige konsekvens af anastomoselækagen. Ved re-anastomosering forstås re-operation, hvor anastomosen er nedbrudt og excideret, hvorefter der er anlagt en ny anastomose.

Hvis anastomoselækage, er der anlagt aflastende loop-stomi

Defineres som anlæggelse af midlertidig loop-ileostomi eller transversostomi med bevaret anastomose.

Behandlingskrævende medicinsk komplikation ≤30 dage postoperativt

Angiv om der har været en behandlingskrævende postoperativ medicinsk komplikation, og i givet fald hvilke, inden for 30 dage postoperativt. Komplikationerne skal graderes am. Clavien. Se definition ovenfor.

Følgende komplikationer skal registreres:

- Apopleksi
- AMI
- Aspiration
- Pneumoni
- Hjerteinsufficiens
- Lungeemboli
- Lungeinsufficiens
- Nyreinsufficiens
- Sepsis
- Dyb venetrombose
- Arteriel emboli
- Anden medicinsk komplikation

Er der under operation og/eller postoperativt tilkommet oplysninger, som gør patienten er i UICC stadium IV

Angiv 'Ja' hvis der under operationen eller i det postoperative forløb er fundet dissemineret sygdom (= UICC stadium IV). Fund af dissemineret sygdom efter 120 dage efter diagnosedatoen skal ikke registreres i databasen.